TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr ANDRÉ AMELINE

MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS, VIe
1933

A Monsieur le Professeur [illegible]
en hommage très respectueux
A. [illegible]

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr ANDRÉ AMELINE

MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS, VIe
1933



TITRES

TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des hôpitaux de Paris, 1914.
Interne des hôpitaux de Paris, 1922.
Aide d'anatomie à la Faculté, 1925.
Docteur en Médecine, 1926.
Prosecteur à la Faculté, 1928.
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté, 1928.
Admissibilité aux épreuves de l'agrégation (1[er] degré), 1930.
Chirurgien des Hôpitaux, 1930.

TITRES MILITAIRES

Mobilisé d'août 1914 à septembre 1919.
Campagnes des Dardannelles (Sed-ul-Bahr), 1915.
Salonique (1916).
Monastir (1917-1918).
Citation à l'ordre du corps d'Armée (ordre de l'A. F. O., n° 108, du 10 décembre 1916). Croix de guerre.
Réformé n° 1.

ENSEIGNEMENT

1° De l'anatomie (comme aide d'anatomie, 1925-1928).

2° De la technique opératoire (comme prosecteur, 1928-1930).

3 séries de cours de technique chirurgicale.

Chirurgie du thorax et de la région thoraco-abdominale.

Chirurgie osseuse générale.

Chirurgie du rachis.

3 séries de cours de médecine opératoire classique.

3° De la clinique.

Conférences aux stagiaires comme chef de clinique adjoint et comme chef de clinique dans le service de M. le Pr P. Duval, 1927-1930.

COLLABORATION

A la *Pratique Médico-chirurgicale*. Articles :

Stase intestinale chronique.

Sigmoïdites.

Polypose colique.

Mégacôlon.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Un intervalle de près de 9 ans sépare notre nomination à l'externat des Hôpitaux de notre nomination à l'internat. Cinq années de mobilisation et deux années de maladie pourront sans doute le rendre plausible. Et si la guerre, comme médecin auxiliaire, nous a permis de nouer quelques solides amitiés, elle nous a pris trop jeune pour que notre formation scientifique puisse y puiser des éléments importants.

Nous n'avons pas voulu classer nos travaux comme les chapitres à remplir d'un traité de pathologie externe. Nous avons voulu, plus modestement, mettre en lumière, les points qui ont attiré particulièrement notre attention. Et nous avons adopté le classement suivant :

I. Chirurgie des parathyroïdes.
II. Chirurgie gastro-duodénale.
III. Chirurgie de l'intestin.
IV. Gynécologie.
V. Divers.

CHIRURGIE DES PARATHYROÏDES

1. — **Technique de la parathyroïdectomie** (en collaboration avec Mr. CHIFOLIAU). *Journal de Chirurgie*, n° 5, novembre 1931.

2. — **La chirurgie des glandes parathyroïdes.** *Revue Médicale Française*, février 1932, n° 2.

3. — **Technique of parathyroïdectomy** (en collaboration avec Mr. CHIFOLIAU). *The French Medical Review*, juin 1932, n° 6.

4. — **Un cas de polyarthrite ankylosante traité par la parathyroïdectomie** (rapport de Mr. CHIFOLIAU). *Société de Chirurgie*, 1933.

1. Sur le conseil et sous la direction de nos maîtres, le Pr P. Duval et le Dr M. Chifoliau, nous nous sommes intéressés à la chirurgie des glandes parathyroïdes. Nos premières dissections nous ont apporté des déceptions : en ce sens que si l'abord de la « région parathyroïdienne » ne représente qu'un des temps, le plus facile, de la plus banale chirurgie thyroïdienne, le repérage exact des glandes ne va pas sans présenter de réelles difficultés. Sur le cadavre, comme sur le vivant, la confirmation histologique est absolument indispensable pour éviter les confusions classiques et courantes avec un lobule graisseux, un lobule thyroïdien aberrant, un ganglion.

C'est la variabilité extrême des parathyroïdes en nombre, forme, aspect, et stiuation qui nous a conduit à conseiller une intervention d'abord « exploratrice », vérifiant par conséquent la région parathyroïdienne des 2 côtés.

Les premiers temps de l'intervention ne constituent que la voie

d'abord de la loge thyroïdienne par l'incision en cravate de Kocher.

A ce moment nous conseillons la libération large du lobe thyroïdien, puis sa luxation, poussée très en dedans, aussi loin

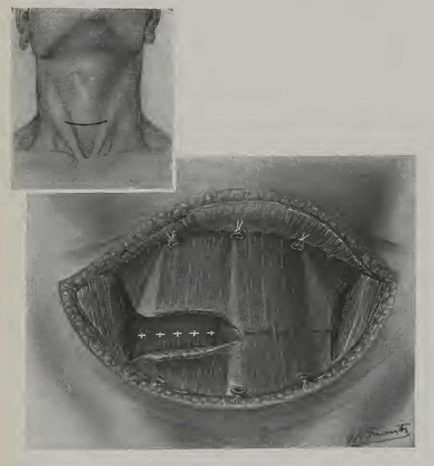


Fig. 1. — Premier plan sectionné : peaucier, aponévrose et veines liées entre deux pinces ; second plan : section à droite, du sterno-cleïdo-hyoïdien et de l'omo-hyoïdien ; troisième plan : les croix indiquent le lieu de la section du sterno-thyroïdien.

qu'on le peut, jusqu'à la zone adhérente à la trachée ; il n'est plus alors que d'explorer, avec douceur, patience et minutie.

Si quelques minutes ont suffi pour aborder la région parathyroïdienne, nous pensons que ce temps de recherche et d'exploration doit être mené avec beaucoup de patience, de lenteur même, en abandonnant tout instrument offensif, piquant ou tranchant. La

pince à disséquer sans griffes et la sonde cannelée doivent être seules employées.

Quelques fois la recherche est courte et facile. Dans un cas personnel, l'un de nous a vu d'emblée, très simplement, un adénome parathyroïdien de la grosseur d'une petite cerise, exactement à mi-hauteur de la face postérieure du lobe latéral droit du corps thyroïde.

Mais le plus souvent les recherches doivent être très méthodiquement dirigées.

En premier lieu, il faut explorer minutieusement toute la hauteur du lobe thyroïdien, toute sa largeur, et même chercher au-dessous du pôle inférieur.

Si cette recherche est négative il faut se porter plus en dehors, vers le bouquet d'épanouissement de la thyroïdienne inférieure qu'on explore lentement. Dans ces conditions, toujours à la pince et à la sonde cannelée, il n'est pas possible d'offenser le récurrent, qui reste plus interne, et qu'on peut d'ailleurs reconnaître et suivre sur 2 et quelquefois 3 centimètres.

Les parathyroïdes, l'inférieure surtout, la moins inconstante, apparaissent sur le vivant, quand elles sont normales, avec un aspect un peu lobulé, frangé, aplaties, ovalaires, *en tout cas bien nettement limitées, bien nettement encapsulées*, leur volume est à peu près celui d'un petit grain de café. Leur couleur, qui pourrait servir à l'identification, est malheureusement assez variable. C'est parfois celle du corps thyroïde, un peu plus rouge cependant. Dans d'autres cas, la teinte est un peu plus claire, jaunâtre ou gris chamois.

Trois causes d'erreur nous semblent devoir être mises en évidence :

a) On trouve souvent, saillants sous la capsule propre de la glande, des lobules thyroïdiens qui semblent véritablement s'extérioriser ; cette saillie, facilitée par quelques coups de sonde cannelée, accentue encore la confusion possible avec une parathyroïde ;

b) On peut rencontrer de véritables thyroïdes accessoires, dont le siège, le volume, la couleur, sont exactement ceux des parathyroïdes ;

c) Il existe enfin, dans toute cette région, des lobules graisseux sur lesquels insistait déjà Lorin dans son travail, et qui nous

paraissent mériter une certaine importance. Nous les avons constamment retrouvés : contre la gaine des vaisseaux, dans le bouquet terminal de la thyroïdienne inférieure, sur toute la hauteur du lobe latéral. Ils s'isolent très facilement à la sonde, avec un

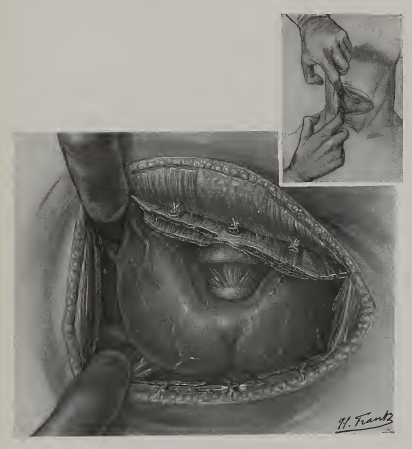


Fig. 2. — Le détail de la libération obtenue : paquet vasculo-nerveux du cou, en dehors; au fond, plan pré-vertébral, pédicules vasculaires thyroïdiens. La manœuvre est bilatérale.

aspect encapsulé, et constituent certainement une cause d'erreur sur laquelle nous insistons.

Lorsqu'on croit avoir isolé une parathyroïde, il est important de la dégager très lentement, très patiemment, en tâchant de mettre en évidence un petit pédicule vasculaire. Appendu à ce pédicule bien nettement individualisé, le corpuscule que l'on dissèque a de fortes chances d'être une parathyroïde. Ce pédicule peut d'ailleurs être lié, ou abandonné sans ligature.

Dans deux derniers temps opératoires on répète les mêmes manœuvres de l'autre côté, puis on procéde à la reconstitution des plans musculo-aponévrotiques.

4. Nous avons été amené à traiter par la parathyroïdectomie un cas sévère de polyarthrite ankylosante.

Femme de 47 ans, atteinte depuis 15 ans, présentant, associés,

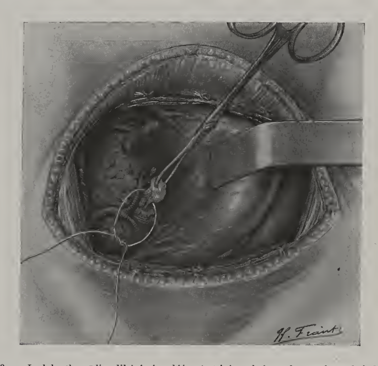


Fig. 3. — Le lobe thyroïdien libéré, énucléé, est attiré en dedans ; la parathyroïde inférieure dans le bouquet des branches de la thyroïdienne inférieure est saisie, et son pédicule va être lié.

les caractères de la maladie de Betcherew et ceux de la maladie de Pierre Marie. Les articulations périphériques comme celles de la racine des membres, celles du bassin, celles du rachis, sont toutes atteintes. Cliniquement et radiologiquement les deux poignets et le genou gauche sont les articulations les plus malades.

La calcémie, à deux examens préopératoires (Dr Goiffon), a été de 0gr,110 et 0gr,112.

On décide de tenter une parathyroïdectomie, à cause du chiffre

élevé de la calcémie, mais sans grands espoirs, l'affection paraissant arrivée à un stade évolutif très avancé, faisant de la malade une véritable infirme, qui ne peut sortir et vaquer seule à ses occupations.

Opération le 2 mai 1932. On prélève à droite ce que l'on croit être une parathyroïde. A gauche, et devant l'aspect macroscopique peu concluant, on prélève 3 petits nodules appendus au bouquet d'épanouissement de la thyroïdienne inférieure.

L'examen histologique, pratiqué par le Dr F. Moutier, a ainsi conclu :

A droite lobule thyroïdien normal ;

A gauche les 3 nodules sont des parathyroïdes d'aspect sensiblement normal.

Suites immédiates. — Remarquables :

1° Par l'absence absolue de toute tétanie, même ébauchée, malgré l'ablation de 3 parathyroïdes du côté gauche (chiffre très anormal) ;

2° Par la baisse sensible de la calcémie,

0gr,089 le lendemain de l'opération,

0gr,087 huit jours après ;

3° Par l'amélioration subjective et objective constatée dès le lendemain de l'opération. La malade dit ne plus souffrir. Les mouvements des épaules, des coudes et des poignets se sont considérablement amplifiés. La malade peut se peigner seule, geste, dit-elle, qu'elle n'a pas accompli depuis 10 ans.

Suites éloignées caractérisées par :

1° Le maintien de la baisse de la calcémie,

0gr,087 le 1er février 1933 ;

2° La reprise implacable de la polyarthrite ankylosante, laissant la maladie infirme comme avant.

Ce cas intéressant nous a permis de conclure que la calcémie n'était en rien en parallèle avec l'évolution de la polyarthrite ankylosante. Nous avons pensé de plus que l'ancienneté de l'affection constituait probablement une contre-indication à la parathyroïdectomie, et que cette malade était peut-être plus justiciable d'opérations sympathiques.

CHIRURGIE GASTRO-DUODÉNALE

1. — Les ulcères simples gastro-duodéno-jéjunaux expérimentaux par dérivation des sécrétions duodéno-pancréatiques (en collaboration avec F. Jonckheere). *Journal de Chirurgie*, n° 6, décembre 1930

2. — La pathogénie chimique de l'ulcère gastro-duodénal en face de l'expérimentation (en collaboration avec F. Jonckheere). *Bruxelles Médical*, n° 23, 5 avril 1931.

3. — Une observation nouvelle d'ulcère duodénal associé à une sténose juxta-mésentérique (en collaboration avec MM. P. Duval et H. Redon). *Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, n° 3, mars 1932.

4. — Sur les vomissements bilieux électifs aprés gastro-entérostomie (en collaboration avec M. P. Duval). *Journal de Chirurgie*, n° 3, mars 1933.

1. Les travaux expérimentaux qui, durant ces 30 dernières années, se sont attachés à reproduire l'ulcère gastrique ont retenu notre attention. Nous en avons personnellement contrôlé les difficultés, quelquefois très grandes, et les résultats parfois paradoxaux. Ces résultats de chirurgie expérimentale semblaient à tort, assez ignorés, assez épars dans la littérature ; il paraissait même que certains expérimentateurs ignoraient les travaux de leurs devanciers. Nous avons cherché à savoir si une idée directrice, ou des conclusions fermes, pouvaient être étayées par ces résultats.

La dérivation des sécrétions duodéno-pancréatico-biliaires est

incontestablement créatrice d'ulcères. Tous les types possibles ont été réalisés par les expérimentateurs, avec des résultats probants.

1° Exclusion du suc duodénal seul (Mann et Kawamura, 1919).

2° Dérivation isolée de la sécrétion pancréatique.

3° Dérivation isolée du flux biliaire.

4° Dérivation pancréatico-biliaire.

5° Dérivation triple, duodéno-pancréatico-biliaire, drainage duodénal de Mann et Williamson, réalisé en réalité pour la première fois par Bickel (1909), puis Exalto (1911).

Cette méthode, techniquement facile (avec un peu d'entraînement on arrive à faire survivre largement plus de la moitié des chiens mis en expérience) donne des ulcères typiques dans les proportions de 85 à 100 pour 100 des cas.

6° Dérivation antro-duodéno-pancréatico-biliaire, à la manière de Winckelbauer et Starlinger.

Dans tous les cas la dérivation, loin de l'estomac, de tout ou partie du flux alcalin de l'antre, du duodénum, du foie et du pancréas s'est montrée créatrice d'ulcères.

Ces ulcères, à la lumière de la clinique, de la radiologie, de l'histologie enfin, ne diffèrent en rien des ulcères observés en pathologie humaine. Depuis le type aigü, brutalement nécrosant et perforant, jusqu'au type chronique, calleux, tous les intermédiaires ont été retrouvés. Par contre toute une série d'expériences vient contredire ces résultats.

7° L'inversion du flux duodéno-pancréatico-biliaire, ramené dans la partie haute du fundus gastrique, s'est montrée en effet créatrice d'ulcères.

8° Les résultats des tubages gastriques sont encore plus troublants. Qu'il s'agisse de chiens dont les sécrétions alcalines sont dérivées loin de l'estomac, ou au contraire dont les sécrétions alcalines sont ramenées dans le fundus par une sorte de « shuntage », le taux de l'acidité gastrique présente un diagramme identique à celui d'un chien normal.

Sans soulever l'hypothèse (séduisante à première vue, et valablement étayée par ces faits contradictoires) d'un mécanisme régulateur encore inconnu de l'acidité gastrique, nous avons conclu « que la création des ulcères expérimentaux par dérivation des liquides duodénaux ne confirme en rien la pathogénie dite chimique de l'ulcère gastrique ».

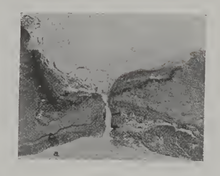


Fig. 1



Fig. 2

N° 1159. Ulcère perforé. Homme de 21 ans. — Détails du bord de la perforation : on distingue à la partie supérieure les glandes de Brunner dont certaines présentent, au niveau des culs-de-sac supérieurs, un mamelon lymphoplasmocytaire.

Il existe un épaississement considérable de la *muscularis mucosæ* avec infiltration inflammatoire prononcée.

La réaction du stroma est intense ; les cellules conjonctives s'arrondissent au voisinage de la perforation et l'œdème est considérable.

La musculeuse, dissociée par le conjonctif et par l'œdème, est à peine reconnaissable ; le conjonctif sus-péritonéal est anormalement accru au voisinage même de la perforation ; les tissus se nécrosent ; un caillot s'est formé sur la moitié inférieure du talus, insuffisant à protéger la paroi et à empêcher sa rupture.

La préparation est ici de type plus mécanique qu'inflammatoire, bien que s'étant produite sur des tissus siège d'une inflammation assez ancienne mais subaigüe.

Fig. 1 et 2

Ces deux ulcères perforés, l'un expérimental chez le chien, l'autre spontané chez l'homme, présentent l'un et l'autre un processus comparable de nécrose prononcée ; les réactions fibreuses sont moins intenses que sur les ulcères calleux ; en revanche il existe un œdème important.

JOURNAL DE CHIRURGIE
Tome XXXVI, N° 6, Décembre 1930

PLANCHE II
(Mémoire Ameline et Jonckheere)



Fig. 3

Ulcère expérimental chez le chien par dérivation du duodénum (pièce de A. Weiss). — Ulcère calleux avec talus élevé, la muqueuse formant le surplomb classique au dessus du fond. Les bords et le fond présentent une réaction scléreuse particulièrement intense au niveau de laquelle se reconnaissent, à de forts grossissements, des lésions vasculaires très intenses. La musculeuse est dissociée par la réaction conjonctive qui se prolonge vers la sous-péritonéale, en sorte que l'ulcère se creuse finalement dans un bloc scléro-lipomateux.

Fig. 4

Ulcère calleux chez l'homme. — Entre la muqueuse gastrique *a* et duodénale *b* s'ouvre l'entonnoir de l'ulcere; il existe une gastrite atrophique et une duodénite interstitielle prononcée; les musculeuses sont dissociées par la réaction fibreuse *c*; le fond est représenté par un bloc scléreux au niveau duquel se reconnaissent de nombreux vaisseaux plus ou moins altérés *d* et de l'œdème interstitiel.

Fig. 3 et 4

Ces deux ulcères, l'un expérimental chez le chien, l'autre spontané chez l'homme, présentent des caractères absolument comparables : destruction des plans superficiels en cratère, nécrose superficielle, attaque sous-muqueuse, dissociation des musculeuses par les processus fibreux, fond formé par un bloc fibreux avec réaction vasculaire.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

Nos propres constatations nous ont permis de penser que ces expériences sont des manœuvres complexes, comportant de gros traumatismes des tissus, des sections vasculaires sanguines et lymphatiques, des sections nerveuses, dont il est absolument impossible de ne pas tenir compte.



Fig. 4. — Gastro-entérostomie fonctionnant parfaitement.
Grosse dilatation de D. II. et de l'angle D. II., D. III. avec stagnation.

4. Les vomissements électifs de bile après gastro-entérostomie, complication tantôt bénigne et passagère, quelquefois très sérieuse, imposant une réintervention, nous ont paru pouvoir être expliqués quelquefois par une sténose duodénale (consécutive à un processus larvé de réaction péritonéale sous-mésocolique) coexistant avec une perméabilité normale de la bouche de gastro-entérostomie.

Nous avons rapporté 3 observations particulièrement probantes.

a) Gastro-entérostomie pour ulcère duodénal. Les vomissements bilieux commencent le 6e jour, chez une malade qui jusque-là n'avait jamais vomi. Une radio pratiquée le 9e jour montre une énorme dilatation duodénale. Trois mois après l'intervention il existe encore, très espacés, des vomissements bilieux, malgré une amélioration considérable, traduite par une augmentation de poids de 7 kilogrammes.

b) Gastro-entérostomie pour ulcère pylorique. Réintervention au 20e jour. Une bride barre la 3e portion du duodénum. Amélioration puis guérison apparente. 4 ans après il persiste un léger syndrome clinique et radiologique de sténose duodénale.

c) Gastro-entérostomie pour ulcère duodénal. Réintervention 18 mois après : une bride sous-mésocolique vient comprimer l'angle des 2e et 3e portion du duodénum. Section de la bride. Guérison.

Nous avons pensé pouvoir établir l'esquisse clinique de ces accidents et décrire :

Un type précoce où les accidents, après 7 ou 8 jours de latence, ont toute leur acuité dans les semaines qui suivent l'intervention, et qui peuvent prendre le type bénin, strictement médical, ou le type grave, relevant très vite d'une réintervention chirurgicale.

Un type tardif, où les accidents (qui sont en somme l'expression d'une sténose duodénale chronique incomplète) peuvent apparaître après un intervalle muet de 10, 12, 18 mois.

Nous avons insisté sur ce fait que l'examen radiologique est indispensable pour les affirmer, ainsi que sur les difficultés de cet examen : un passage pylorique lent, tardif, incomplet, fait facilement méconnaître une énorme dilatation duodénale.

Nous pensons que ces accidents reconnaissent la même cause : péritonite plastique diffuse et discrète, sous et transmésocolique, qui peut organiser des brides en quelques jours ou en quelques mois. Cette péritonite elle-même sous la dépendance de ces lymphangites sous-séreuses si fréquentes dans les ulcères infectés, comme l'a montré en France notre maître le Pr P. Duval.

Comme conclusions thérapeutiques, nous avons conseillé de pratiquer la gastro-entérostomie toujours après vaccination, loin de toute poussée infectieuse ; d'éviter opératoirement tous les traumatismes facteurs de déchirures et de suffusions sanguines

sous-séreuses ; voire même de renoncer provisoirement à opérer les ulcères infectés.

Contre une sténose constituée, nous pensons que la section des brides sténosantes, associée ou non à une duodéno-jéjunostomie, constitue l'opération de choix.

Les petits moyens médicaux, l'éther benzylcinnamique, la diathermie, la belladone, seront des adjuvants non négligeables.

3. Nous avons rapporté une observation intéressante d'ulcère pyloro-duodénal avec sténose pylorique, associé à une sténose de la 3e portion du duodénum. Cette sténose, très marquée, qui faisait du 2e duodénum une poche énorme, rouge-violet, tendue à se rompre, était sous la dépendance d'une bride blanchâtre sous-mésocolique. Cette exploration systématique et soigneuse du duodénum s'impose au cours de toute intervention dirigée contre un ulcère pyloro-duodénal : méconnue, elle peut conduire à des interventions incomplètes. Il fallut en effet associer, dans notre cas, une duodéno-jéjunostomie à une large gastro-entérostomie. Excellent résultat immédiat et éloigné.

CHIRURGIE DE L'INTESTIN

1. — **Contribution à l'étude du traitement chirurgical des stases chroniques graves du cæco-ascendant avec colite pariétale** (Legrand). *Thèse*, Paris, 1926.

2. — **Réflexions à propos de 752 cas d'appendicite aiguë chez l'adulte opérés d'urgence** (en collaboration avec M. le Pr Duval). *Bulletins et Mémoires de la Soeiété de Chirurgie*, séance du 25 mars 1931.
   Id. *La Pratique Médieale Française*, n° 5, mai 1931.

3. — **Sur quelques aspects de début de l'appendicite aiguë.** *Seienees et thérapeutique*, 1er mars 1932.

4. — **L'occlusion intestinale aiguë consécutive au drainage sus-pubien pratiqué pour ulcère gastro-duodénal perforé** (en collaboration avec A. Folliasson). *Presse Médicale*, n° 99, 10 décembre 1932.

5. — **Anatomie et chirurgie des hémorroïdes.** *La Presse thermale et climatique*, 15 octobre 1932.

6. — **Sur un cas d'anomalie du canal ano-rectal** (rapport de M. A. Martin). *Mémoires de la Société de Chirurgie*, séance du 1er mars 1933.

1. Dans notre « Thèse » de Doctorat nous avons étudié les indications et les résultats du traitement chirurgical dans certaines stases intestinales graves.

Nous avons pensé que, du groupe de faits très complexes et disparates englobés sous le nom de stase intestinale chronique, il

convenait de distraire une localisation fréquente : la stase droite, avec lésions de colite pariétale.

Ainsi limité, le sujet permettait, au point de vue des indications chirurgicales, certaines précisions, que nous avons étayées sur l'étude clinique, radiologique, humorale, et coprologique de 21 opérés, ainsi que sur l'appréciation des résultats post-opératoires immédiats et éloignés.

SYNDROME CLINIQUE

Sur un fond douloureux continu au niveau du flanc droit et de la fosse iliaque droite se greffent (4 à 6 heures après les repas, au moment de la digestion cæcale) des paroxysmes douloureux caractéristiques, avec état nauséeux.

La constipation (avec débâcles de fausse diarrhée) est un terme absolument constant de l'expression fonctionnelle.

Les troubles de l'état général (endocriniens, nerveux, gastriques, urinaires, cutanés) sont dominés par l'amaigrissement. Nous avons montré que lorsqu'il atteignait le 1/6 ou le 1/5 du poids moyen des malades, l'indication opératoire devenait très précise.

SYNDROME HUMORAL

Anémie des colitiques, à 3000000 et moins, accompagnée de leucocytose avec mononucléose. *Augmentation du temps de coagulation* à 16 minutes, 18 minutes et plus.

Du côté des urines, indicanurie constante et banale, et surtout urobilinurie qui, pour nous, vient avec l'augmentation du temps de coagulation signer d'une façon absolue l'insuffisance hépatique de ces malades.

SYNDROME COPROLOGIQUE

Les éléments qui permettent de conclure à la gravité des lésions pariétales semblent être : les amas mucoïdes, les putréfactions anormales, et la présence de spirilles.

SYNDROME RADIOLOGIQUE

Il existe des signes formels de stase cæcale, de colite droite, sans que la radiologie puisse indiquer le degré des altérations pariétales.

Nos examens anatomo-pathologiques nous ont permis de retrouver les lésions suivantes, portant sur la sous-séreuse et la musculeuse : sclérose, artérite, vascularite oblitérante, atrophie globale de la musculeuse.

Dans le méso-côlon lésions d'adénopathie chronique, de sclérose et même de névrite.

Les indications opératoires viennent donc de la *gravité* de la colite, que signe seul le faisceau des renseignements fournis par l'altération de l'état général, les altérations humorales, coprologiques et radiologiques.

Le traitement logique est l'hémi-colectomie droite, pratiquée en un temps, dont nous avons résumé la technique telle que la pratique le Pr P. Duval.

Nons avons rapporté 21 cas avec 1 décès (malade pesant 43 kilogrammes, temps de coagulation à 27 minutes, insuffisance hépatique), soit 4,76 pour 100 de mortalité.

L'étude des résultats éloignés est fort intéressante, et montre surtout :

a) L'excellence et la stabilité des résultats très éloignés ;

b) L'existence d'une période d'adaptation (3 à 12 mois) avec parfois quelques douleurs ; le retour à la normale « coprologique » pouvant demander un an et demi. C'est ce délai qui nous paraît absolument indispensable pour juger de la qualité des guérisons.

2. Nous avons rapporté 752 cas d'appendicite aiguë opérés d'urgence chez l'adulte, résumant 9 ans de chirurgie d'urgence de la clinique thérapeutique chirurgicale. Cette étude, attentive, parfois aride, nous a montré :

Une mortalité générale de 8,9 pour 100 (67 décès), ainsi répartie :

2 morts le 1er jour ,

14 morts le 2e jour ;

13 morts le 3e jour ;

22 morts le 4e et au delà.

L'appendice a été laissé dans 14 cas seulement, soit 1,8 pour 100 des cas. Ces 14 cas ont donné une mortalité de 35 pour 100.

Sur ce total de 752 cas, 15 pour 100 seulement des malades ont été adressés pendant les 24 premières heures de la crise appendiculaire.

Un total de 15 erreurs de diagnostic (ulcère perforé, rupture de pyosalpinx, torsion de tumeur annexielle), qui représentaient 15 affections aiguës chirurgicales, lesquelles ont parfaitement guéri.

Le traitement idéal de l'appendicite aiguë (intervention chirurgicale pratiquée dans les 24 premières heures de la crise) semble avoir été souhaité par tous ceux qui prirent part à la très intéressante discussion qui suivit.

3. Nous avons, à l'aide d'observations, insisté sur certains débuts de l'appendicite aiguë, qui, méconnus, sont responsables d'erreurs thérapeutiques. Pendant 8 à 12 heures, sans élévation thermique, sans douleurs iliaques, peuvent évoluer sournoisement :

Un type gastrique qui prend le masque complet d'une indigestion banale ;

Un type de colite douloureuse, à paroxysmes, appartenant particulièrement aux formes rétro-cæcales ;

Un type génital, simulant absolument la crise salpingienne, et distrait du vaste cadre des appendicites pelviennes.

4. Trois observations d'occlusion intestinale consécutive à un drainage du Douglas pratiqué pour ulcère perforé nous ont paru mériter d'être rapportées.

I. Ulcère perforé de la première portion du duodénum. Réintervention pour occlusion le 15e jour. Les dernières anses jéjunales sont bridées par des placards fibrineux dont la juxtaposition figure exactement le trajet du drain, la paroi au fond du Douglas. Guérison.

II. Ulcère perforé de la première portion du duodénum, avec énorme infiltration pylorique et antrale qui fait décider un Billroth II. Suites simples les premiers jours. Vers le 8e jour accidents bizarres, mal interprétés, vomissements, pouls filant.

Décès le 9[e] jour. A l'autopsie une bride est constituée par tout le gcand épiploon ramassé en corde, qui va jusqu'au fond du Douglas et étrangle une anse grêle au niveau du détroit supérieur.

III. Ulcère perforé de l'antre. Réintervention le 7[e] jour pour occlusion, in extremis. Mort. L'autopsie montre sur le grêle, à 30 centimètres de la valvule de Bauhin une torsion du grêle avec bascule et quelques fausses membranes non cohérentes correspondant au trajet du drain.

Ces accidents graves (2 décès sur 3 cas) doivent être étudiés au point de vue de leur cause et de leur diagnostic.

C'est presque toujours par le mécanisme de néoformations péritonéales (brides, adhérences) que se produit l'occlusion.

Nous ne connaissons pas d'observation d'occlusion mécanique par le drain lui-même, retiré d'ailleurs assez souvent entre le 2[e] et le 3[e] jour.

Le diagnostic est difficile, et c'est peut-être au retard apporté dans son affirmation qu'il faut attribuer la sévérité du pronostic. Dans les premiers jours on pense à une dilatation gastrique, un circulus vitiosus. Plus tard, à un lâchage des sutures. Nous avons conseillé l'usage systématique de la radiographie.

Nous avons ainsi modifié la formule (excellente en soi) du drainage sus-pubien : courte incision sus-pubienne, aspiration du liquide épanché dans le Douglas, fermeture complète, en 3 plans, de l'incision sus-pubienne.

5. Un hémorroïdaire sur 7 environ relève du traitement chirurgical ; les moyens physiothérapiques et les procédés sclérosants conservant tous leurs droits pour les autres. Nous avons exposé notre technique comprenant (anesthésie épidurale systématique) :

Le Whitehead ou l'hémi-Whitehead, avec des fils non résorbables, réservé au prolapsus hémorroïdaire avec lésions d'anite, ou d'angiomatose ano-rectale ;

La ligature et l'excision des paquets hémorroïdaires pour tous les autres cas, sans thermocautère, sans écrasement, après attouchement iodé. Dans certaines conditions (ligature trop large, empiétant sur la peau) on peut observer les inconvénients de l'éversion muqueuse.

Plus de 50 malades suivis nous ont montré la qualité des résultats éloignés.

6. Nous avons observé et opéré un cas d'absence congénitale du canal ano-rectal.

Il existait à l'examen des signes permettant de croire à la présence d'un sphincter (peau pigmentée, quelques rares plis radiés, rainure interfessière assez profonde). Par décollement présacré nous avons trouvé le cul-de-sac sigmoïdien à hauteur des vaisseaux iliaques externes gauches. Probablement par suite de l'existence d'un méso assez long nous avons eu la chance de pouvoir l'abaisser, et le fixer par une incision faite au centre de la partie pigmentée.

Un léger rétrécissement post-opératoire a été traité par les dilatations diathermiques.

Les résultats éloignés (3 ans et 8 mois) sont satisfaisants : selles moulées quotidiennes. Anus légèrement infundibulaire ; sphincter paraissant quelque peu scléreux.

GYNÉCOLOGIE

1. — **Quatorze observations de pyosalpinx rompus dans le grand péritoine. Opération. Treize guérisons** (en collaboration avec M. P. Duval). *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie,* 10 juillet 1929, n° 25.

2. — **Les indications thérapeutiques dans l'infection puerpérale post-abortum.** *Le Progrès Médical,* 7 mars 1925.

3. — **Perforation du rectum par un placenta ectopique** (en collaboration avec MM. A. Schwartz et Lubin). *Paris-Médical,* 21 juin 1924.

4. — **Radiographie de 3/4 du bassin** (en collaboration avec MM. Béclère et Porcher). Communication à la *Société anatomique,* 3 juin 1926.

5. — **Radiographie latérale du bassin osseux et des organes pelviens** (en collaboration avec MM. Béclère et Porcher). *Journal de Radiologie,* tome X, n° 7, juillet 1926.

6. — **Les notions récentes sur l'exploration lipiodolée de l'appareil utéro-annexiel** (en collaboration avec P. Porcher). *Revue médicale universelle,* mars 1927.

7. — **Ce que l'on peut attendre de l'exploration lipiodolée de l'appareil utéro-annexiel.** *La Médecine,* avril 1927, n° 7.

8. — **Les contre-indications de la radiothérapie des fibromes utérins** (en collaboration avec G. Petrulian). *La Gazette Médicale de France,* 15 mars 1931.

9. — **Id.** *Le Phare Médical de Paris,* septembre 1931, n° 105.

1. Nous avons rapporté 14 observations de malades opérées d'urgence pour péritonite généralisée par rupture de pyosalpinx. Ces 14 opérations ont donné 13 guérisons et 1 mort. Au point de vue de l'opération abdominale pratiquée dans ces différents cas nous avons :

Salpingectomies unilatérales : 6 cas avec une mort ;

Salpingectomies bilatérales : 6 cas avec o mort ;

Hystérectomies abdominales subtotales : 2 cas avec o mort.

Tous ces cas, sauf un où fut appliqué un tamponnement du pelvis à la Mickulicz, ont été simplement drainés avec un tube de caoutchouc sus-pubien. Aspiration biquotidienne, puis quotidienne par le drain, dont l'ablation fut faite entre le 4e et le 6e jour. Nous avons pu revoir 8 sur 13 malades guéries, et trouver des résultats éloignés aussi pleinement satisfaisants que les résultats immédiats. Une seule malade a du être réopérée (obs. IV) ; hystérectomie totale 2 mois après ; guérison. Une malade (obs. XIV) a même mené à terme une grossesse 14 mois après l'opération.

Nous avons conclu « qu'en opérant le plus tôt possible, en faisant en principe l'ablation génitale minima, mais en sachant aller jusqu'au bout de la nécessité, en faisant un simple drainage par un tube sus-pubien, on peut obtenir dans les péritonites généralisées consécutives aux pyosalpinx rompus (rupture ou perforation) de remarquables résultats opératoires ».

4 et 5. Nous nous sommes occupé d'obtenir un profil satisfaisant et bien dégagé de la Ve vertèbre lombaire, aspect que la radiographie strictement de profil ne donne jamais. Utilisant le diaphragme Potter-Bucky, tube Baby, 30 m. A, 14 centimètres d'étincelle, 12 secondes de pose avec double écran — le malade est couché sur le côté et, au moyen de la sangle de Potter-Bucky, il est légèrement entraîné de la position de profil vrai au décubitus abdominal. Il est impossible de donner plus de précision sur l'incidence qui nous a paru la meilleure, néanmoins les clichés qui nous ont donné le plus de satisfaction sont ceux sur lesquels les images des 2 têtes fémorales sont à la distance d'une main l'une de l'autre.

Quand cette condition est réalisée, on voit au mieux le profil de la Ve lombaire, l'articulation lombo-sacrée, la totalité du sacrum et du coccyx qui se projettent en arrière des os illaques, l'échancrure sacro-sciatique et le pourtour complet des cavités cotyloïdes.

Nous avons appliqué ce procédé à l'exploration topographique des organes contenus dans le petit bassin.



Fig. 5. — Vue latérale des organes pelviens (sur le vivant). Injection au lipiodol pour l'utérus. La vessie et le rectum sont remplis par du lait de baryum.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant d'avoir un profil du rectum dilaté en évitant la progression de la baryte au delà de la première boucle du sigmoïde : nous avons utilisé une sonde en gomme coiffée d'un gros doigtier en caoutchouc. 100 centimètres

cubes environ de gélobarine ont paru distendre complètement l'ampoule rectale.

150 centimètres cubes de gélobarine ont amené une réplétion vésicale moyenne.

Quant à l'utérus, nous avons utilisé le lipiodol avec la sonde de Mocquot.

Nous insistons sur la nécessité absolue de ne modifier ni la hauteur ni l'orientation du col utérin par des tractions intempestives ou des mouvements latéraux de la pince à col.

Tous nos examens ont confirmé ce fait que, sur le vivant, le grand axe de l'utérus reste presque parallèle au plancher pelvien, et entièrement sus-vésical. Les anatomistes — sur coupes congelées — montrent que l'utérus, quand la vessie est en réplétion moyenne, est redressé et en contact avec la face postérieure de la vessie. Chez le vivant les choses paraissent se passer différemment, et ce redressement de l'utérus n'est obtenu qu'avec une réplétion intolérable (500 centimètres cubes) de la vessie.

6 et **7**. Nos recherches sur la topographie des organes pelviens chez le vivant nous ont amené dès 1926 à nous occuper de l'exploration lipiodolée de l'appareil utéro-annexiel. L'injection intra-utérine de lipiodol doit absolument être pratiquée sous le contrôle de l'écran, en s'aidant, chez les malades grasses, d'une grille de radioscopie.

Les contre-indications absolues sont la grossesse, et les états infectieux de la muqueuse utérine ou tubaire ;

Les résultats, maintenant connus et appréciés, portent exceptionnellement sur le diagnostic vrai, en particulier pour les néoplasmes, dont on peut dire qu'il n'existe pas d'image absolument pathognomonique. Ils portent surtout :

Sur le diagnostic de l'imperméabilité tubaire ,

Sur le diagnostic topographique des tumeurs pelviennes en utilisant la radiographie de profil, et la triple opacification de la vessie, de l'utérus et du rectum ;

Accessoirement sur le pronostic : en permettant par exemple d'annoncer la possibilité technique d'une myomectomie.

Nous pensons qu'il ne faut pas demander plus à ce précieux mode d'investigation, toujours largement contrôlé par l'examen clinique, l'interrogation et la biopsie.

2. Étudiant certaines indications thérapeutiques dans l'infection puerpérale post-abortum, nous avons montré les résultats déplorables en général du curettage itératif. Mauvaise opération, facteur



Fig. 6. — Néoplasme de l'utérus (injection au lipiodol, vue latérale).

d'embolies septiques, et de poussées locales extensives, elle doit être à tout prix évitée. La seule façon de l'éviter, c'est de considérer le curettage pour rétention membraneuse ou placentaire comme une intervention délicate, précise, à faire à la curette mousse, et à confier seulement à un chirurgien expérimenté.

3. Nous avons rapporté un cas de perforation du rectum par un placenta ectopique et n'avons retrouvé dans la littérature que 6 cas authentiques de cette rare complication de la grossesse extra-utérine. Voici, très résumée, l'observation de notre malade.

Femme, 28 ans. Retard de règles de 1 mois et demi. Diagnostic fermement posé de grossesse tubaire droite. Selles douloureuses avec quelques épreintes. Mise en observation pour intervention. Un matin douleur pelvienne atroce, et abondante hémorragie rectale. Au toucher la perforation est suspectée. Intervention immédiate. Castration droite. Suture en deux plans d'une perforation de la paroi antérieure du rectum. Drainage. Guérison.

Un an après l'intervention grossesse gémellaire terminée par un accouchement normal.

La perforation rectale par les villosités choriales a lieu exactement par le même mécanisme qui perfore la paroi tubaire amincie. Il faut cependant une adhérence préalable entre la trompe et le rectum, ancienne (reliquat de poussée annexielle) ou récente (la trompe gravide est normalement prolabée dans le Douglas).

Nous avons déconseillé la voie rectale, aveugle et insuffisante, la voie abdominale permettant parfaitement le traitement simultané de la lésion tubaire et de la lésion rectale. En règle la suture du rectum n'est pas sténosante, et nous n'avons retrouvé que le cas de Forsyth, dans lequel une colostomie temporaire fut nécessaire.

8. Nous avons observé un échec instructif de la radiothérapie d'un fibrome utérin.

Fibrome métrorragique, avec métrite cervicale, traité par 17 séances de radiothérapie échelonnées sur 3 mois. Reprise des métrorragies qui impose l'intervention.

Hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal. Guérison immédiate. Suites éloignées parfaites après 4 ans.

L'examen histologique a montré un fibrome légèrement œdémateux, et surtout, au niveau du col (Dr. Rubens-Duval) les faits suivants : malformation des cryptes glandulaires. Les unes kystiques et de type bénin. Les autres, qui paraissent être dues à un faible grossissement à des hyperplasies adénomateuses bien limitées et également de type bénin, se montrent à un fort grossissement constituées de cellules cylindriques indifférenciées, atypiques, à noyaux hyperchromatiques, présentent une assez grande activité

caryokinétique. Il s'agit de cellules ayant subi une transformation maligne. *Il y a début de cancer*, non seulement dans les cryptes glandulaires, mais aussi aux dépens de l'épithélium pavimenteux de revêtement. Le cancer qui se forme là est un épithélioma à cellules faiblement différenciées suivant le type épidermoïde. La transformation maligne reste limitée à la surface, et il n'y a pas encore d'envahissement en profondeur. Cet état peut donc être considéré comme seulement précancéreux.

Aux contre-indications absolues et relatives, maintenant bien codifiées, de la radiothérapie des fibromes utérins, nous avons cru pouvoir, à l'aide de cette observation saisissante, ajouter *la coexistence de métrite du col*. Il y a là, en effet, des lésions histologiques très précises (état adénomateux des culs-de-sac glandulaires, métaplasies épithéliales) qui réagissent d'une façon absolument inconnue aux rayons X. Dans notre cas, ce fut dans le sens d'une dégénérescence épithéliomateuse, surprise à son extrême début.

L'hystérectomie abdominale totale doit être conseillée, à l'exclusion de la roentgenthérapie.

DIVERS

---

1. — **Sur la technique de la pleurotomie par dissociation musculaire et résection costale** (en collaboration avec P. Lubin). *Paris-Médical*, 26 janvier 1924.

2. — **L'ostéomyélite aiguë primitive des côtes.** *Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, tome IV, n° 4, 1929.

3. — **Sur la guérison d'une méningite à streptocoques consécutive à une fracture du crâne** (en collaboration avec MM. Basset et Mialaret). *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1933, n° 7.

4. — **Trois cas de contracture abdominale à l'occasion d'hémorragies intra-péritonéales aseptiques** (rapport de M. A. Basset). *Société de Chirurgie*, 1933.

1. Nous avons, sur les conseils de notre maître, M. A. Schwartz, réglé sur le cadavre, et appliqué sur le vivant, une technique de pleurotomie qui nous a donné toute satisfaction (en particulier fermeture rapide et sans fistule). Il s'agit en somme d'un « Mac-Burney » de la paroi thoracique, dont voici les temps résumés :

Sur la ligne axillaire postérieure. au niveau de la 9ᵉ ou 10ᵉ côte.

1° Incision de 6 à 7 centimètres sur le relief de la côte, parallèle à son grand axe, intéressant la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose.

2° Dissociation et écartement des fibres musculaires du grand dorsal qui sont à cet endroit exactement perpendiculaires à la direction de la côte.

Lorsque l'incision est plus postérieure on doit quelquefois ruginer quelques insertions du grand dentelé ; et parfois sur la 9e côte, une digitation du petit dentelé postéro-inférieur.

3° Pleurotomie après résection costale suivant les techniques habituelles. Mise en place d'un drain qui affleure la plèvre.

4° Coaptation des lèvres musculaires autour du drain. Sutures cutanées. Cette technique (qu'il ne faut pas employer en cas de pleurésie putride) nous a donné, après l'ablation du drain, une cicatrisation rapide (22 jours en moyenne), sans fistule, avec cicatrice souple et non adhérente.

2. Nous avons rassemblé les 95 cas connus d'ostéomyélite aiguë primitive des côtes. Cette affection rare est de diagnostic difficile, au moins dans ses débuts, où elle prend le masque d'une affection pleuro-pulmonaire aiguë indéterminée.

Le type antérieur s'extériorise assez vite par ses abcès. Le type postérieur est encore plus « déroutant » la collection prenant presque toujours le type sous-pleural, encore que l'ouverture spontanée dans la plèvre ne s'observe pratiquement jamais.

Les erreurs de diagnostic conduisent à l'ouverture opératoire — néfaste — de la cavité pleurale, ou à la méconnaissance du foyer d'ostéite.

La résection costale, large, étendue, généreuse, est le traitement de choix, avec l'adjuvant de la vaccinothérapie.

3. Nous avons observé un cas très intéressant de méningo-encéphalite consécutive à une fracture du crâne. Observation résumée :

Femme, 20 ans. Dans la région occipito-pariétale gauche, signes de fracture de la voûte irradiée au rocher. Otorragie, suivie d'écoulement de liquide céphalo-rachidien.

Signes méningés le 4e jour ; 39°, pouls à 120 ; à la ponction lombaire liquide purulent, en jet, montrant à l'examen direct quelques cocci, gram positif, en chaînettes ; à la culture du streptocoque pur.

Traitementpar 15 centimètres cubes de sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur intrarachidien, et 30 centimètres cubes du même sérum dilué intraveineux. Le sérum intraveineux est répété le surlendemain.

Guérison. Sortie le 21ᵉ jour, avec déficience de l'appareil labyrintho-cochléaire gauche à l'examen otologique.

En somme guérison d'une méningite à streptocoques consécutive à une fracture du rocher par la sérothérapie intrarachidienne et intraveineuse. Il semble que la phrase de Poirier : « Quand survient la méningo-encéphalite nous restons inactifs et le blessé meurt », soit sujette à revision.

A côté des tentatives opératoires, peu pratiquées en France, il y a le traitement non opératoire, par la méthode très simple de la sérothérapie spécifique, mixte, intra-rachidienne et intraveineuse. Devant une complication aussi grave et de pronostic à peu près constamment fatal, elle mérite au moins d'être essayée avant d'en arriver à une intervention chirurgicale, mais sous la double réserve qu'on l'instaure précocement et qu'elle s'avère rapidement efficace.

4. Nous avons observé 3 cas d'hémorragie aseptique intra-péritonéale avec contracture pariétale considérable. Parmi 14 observations nous avons éliminé systématiquement :

1° Tous les cas où une contusion directe pouvait avoir porté sur l'abdomen ou sur la région thoraco-abdominale.

2° Tous ceux où nous ne possédions pas l'examen bactériologique (cultures) permettant d'affirmer d'une façon absolue l'hémorragie aseptique.

I. — Une rupture retardée (7ᵉ jour) de la rate avec contracture généralisée ; ventre de bois.

II. — Une rupture de grossesse tubaire avec ventre de bois.

III. — Une rupture de grosse tubaire où l'on vit la contracture naître et s'accroître en quelques heures.

Dans tous ces cas nous avons constaté l'existence, sous le péritoine pariétal, de caillots cohérents, assez organisés ; d'autre part nous n'avons jamais observé de contracture pariétale qui coexistât avec un épanchement de sang liquide.

Dans une observation (IV) nous avons trouvé dans une rupture de grossesse tubaire une contracture localisée à l'hypogastre et à la fosse iliaque gauche, qui répondait à un large caillot étendu au devant de l'S iliaque et dans le couloir pariéto-colique.

Nous avons émis l'hypothèse que cette contracture, symptôme

inhabituel des hémorragies intrapéritonéales, pouvait être en rapport avec l'irritation du péritoine pariétal par des caillots organisés, et qu'on pouvait peut-être l'assimiler à ce que l'on observe dans le syndrome para-péritonéal des plaies non pénétrantes.

C'est un point de séméiologie que de plus nombreuses observations méritent de préciser.

TABLE